

# CAJA DE HERRAMIENTAS DE BIOSEGURIDAD



## Evaluación de reintegro de colaboradores

Parte de los preparativos para la reactivación económica de su empresa es la evaluación médica de los y las colaboradores, esto consiste en conciliar con el colaborador el llenado de esta evaluación para el reintegro a sus funciones laborales. A continuación, encontrará una plantilla para esa actividad.

**EVALUACIÓN DE REINTEGRO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de identidad: \_\_\_\_\_

Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

Departamento o unidad: \_\_\_\_\_

Ha presentado los siguientes síntomas en los últimos 20 días:

<b>A. SINTOMAS FRECUENTES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Fiebre alta		
Tos seca		
Dolor de garganta		

<b>B. SINTOMAS MENOS COMUNES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Dolores musculares o corporales		
Pérdida del sentido del olfato o del gusto		
Congestión nasal		
Nauseas o vómito		
Diarrea		

<b>C. SINTOMAS GRAVES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Cansancio o fatiga		
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire		

¿Ha estado en contacto con personas que han presentado estos síntomas o han dado positivo a una prueba de COVID-19 en los últimos 20 días?		
--	--	--

**D. SIGNOS CLÍNICOS**

Presión arterial (PA): \_\_\_\_\_

Temperatura (T): \_\_\_\_\_

Frecuencia Cardíaca (FC): \_\_\_\_\_

Frecuencia Respiratoria (FR): \_\_\_\_\_

Saturación de oxígeno (SAT): \_\_\_\_\_

**E. OBSERVACIONES**

**\*Todo lo anterior lo he contestado diciendo la verdad.**

\_\_\_\_\_  
Firma del colaborador

\_\_\_\_\_  
Firma del médico